

Den strukturerade kommunikationens betydelse för patientens säkerhet

FÖRFATTARE	Ewa Kjörk Marita Rosenberg
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, Examensarbete i omvårdnad HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Åsa Axelsson
EXAMINATOR	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Den strukturerade kommunikationens betydelse för patientens säkerhet
Titel (engelsk):	The structured communication for patient safety
Arbetets art:	Eget arbete, grundnivå
Program/kurs/kurskod/	Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Ewa Kjörk Marita Rosenberg
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Ingalill Koinberg

SAMMANFATTNING

Ineffektiv muntlig och skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal är en bidragande faktor till majoriteten av alla missöden och skador som drabbar patienten i hälso- och sjukvården. När en patient drabbas av en vårdskada innebär det ett ökat, istället för lindrat lidande, ett vårdlidande. Med avsikt att minska tillbud/vårdskador relaterade till bristande kommunikation införs en strukturerad kommunikationsmodell, SBAR, inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det fanns därför anledning att undersöka det vetenskapliga underlaget för att införa denna modell.

En litteraturstudie genomfördes där nio artiklar granskades med syftet att dels undersöka vilka strukturerade kommunikationsmodeller som finns beskrivna i litteraturen och dels hur dessa har utvärderats i samband med överlämning av patienter mellan personal och enheter inom hälso- och sjukvården.

Åtta olika strukturerade kommunikationsmodeller som var relativt jämförbara beskrevs. Modellerna hade testats i olika överlämnings- och simuleringssituationer. Endast en studie undersökte kommunikationsmodellens effekt på tillbud/ vårdskador, det vill säga patientsäkerheten

Utvärderingarna av de olika modellerna visade att kommunikationen kvalitetsäkrades, ingen relevant information utelämnades vid överlämning. Om denna effekt även innebär en förbättrad patientsäkerhet med minskat antal vårdskador återstår att mäta.

Innehållsförteckning

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Patientsäkerhet	4
Sjuksköterskans kompetens.....	6
Vårdlidande	6
Kommunikation.....	7
Strukturerad kommunikationsmodell.....	8
Överlämning.....	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Datainsamling	9
Databearbetning	10
RESULTAT	10
Kommunikationsmodeller.....	10
Kommunikationsmodellernas utvärdering	12
Implementering och erfarenheter	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	13
SLUTSATS	17
REFERENSER	17
Tabell 2. Artikelöversikt	22
Bilaga 1. Artikelsökning	27
Bilaga 2 SBAR och ISBAR	28
Bilaga 3 SOP	29
Bilaga 4 The ConStratO model of handover	30

INLEDNING

Under senare år har patientsäkerhetsproblem blivit allt mer uppmärksammade. I media beskrivs allt oftare att patienter drabbas av vårdskador. En patient som genomgår en undersökning eller behandling löper alltid en viss risk att drabbas av någon form av komplikation (Socialstyrelsen, 2009). Patienterna förväntar sig dock inte att råka ut för en vårdskada utan förväntar sig en riskfri vård (Baker, Day & Salas, 2006). Hälso- och sjukvården strävar efter att minimera riskerna för att hålla antalet fall av fel och tillbud på en så låg nivå som möjligt. Att ”någon gång bota, alltid lindra och trösta; och viktigast av allt; aldrig göra skada (primum est non nocere)”, har varit och är en etisk kod för sjukvården (Socialstyrelsen, 2004).

Nästan dubbelt så många anmälda vårdskador orsakas av brister i kommunikationen, än av brister i den medicinska kompetensen (SKL, 2012). Inom hälso- och sjukvården har det identifierats att bristande kommunikation är ett riskområde som kan påverka patientsäkerheten. Det kan gälla både brister i kommunikation mellan vårdpersonal och patienter eller bristande informationsöverföring mellan olika aktörer i en vårdprocess kring en patient. När det gäller bristande kommunikation mellan aktörer i vården kan det handla om kommunikation i ett vårdteam kring en patient, mellan olika vårdlag, vårdenheter och vårdgivare. Att ha kunskaper och förståelse för kommunikationsprocesser och strukturerad kommunikation är nödvändigt för att kunna förbättra patientsäkerheten. Vi vill undersöka vilka strukturerade kommunikationsmodeller som finns beskrivna i litteraturen och om de utvärderats.

BAKGRUND

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:656). Vårdskada är ett lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död orsakad av hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits (ibid). En vårdskada beror på en negativ händelse som hade gått att undvika med rätt åtgärder (Öhrn, 2009). Det är viktigt att skilja på en händelse som har inträffat (avvikelse) och en händelse som kan komma att drabba en patient (risk). Patientsäkerhet indelas i tre dimensioner. Den första visar på risker där vårdskador inte borde uppkomma, som vid förväxlingar, dessa risker kan förebyggas med strikta rutiner. Den andre dimensionen avser avvägning av risker mot nytta, och vilka konsekvenser som då kan uppstå för patienten. Den tredje utgörs av risker i hur vården är strukturerad, till exempel tillgänglighet. Patientsäkerhetsarbetet är ett arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser (Socialstyrelsen, 2004).

Patientsäkerhetslagen gäller från 1 januari, 2011 och innebär flera förändringar jämfört med tidigare lagstiftningar. Bland annat tydliggörs vårdgivarens ansvar att erbjuda god och säker vård. Liksom tidigare ska vården vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagen innebär ökat fokus på att uppdaga systemfel, exempelvis brister i rutiner och kommunikation, mindre av syndabockstänkande. Lagen pekar tydligare än tidigare på

ansvaret att utreda negativa händelser, förebygga risker och mer uttalat än tidigare involvera patienter och anhöriga (SFS 2010:656).

World Health Organization (WHO) arbetar med att förbättra patientsäkerheten internationellt. Nätverket för patientsäkerhet i Sverige bestående av hälso- och sjukvårdsorganisationer tillsammans med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läkarförbundet, Vårdförbundet, Kommunal, Svensk sjuksköterskeförening och Sveriges Läkaresällskap arbetar intensivt tillsammans med flera olika patientföreningar för att patientsäkerhetsarbetet skall vara prioriterat (Statens offentliga utredningar, SOU, 2008: 117). En nollvision av patientskador har anammats både internationellt och nationellt (Baker et al., 2006).

Hälso- och sjukvården är skyldig att rapportera allvarliga avvikelser till Socialstyrelsen. Om det skett en allvarlig avvikelse som lett till en vårdskada för patienten görs en Lex Maria-anmälan (Socialstyrelsen, 2005). Bakgrunden till namnet Lex Maria är en incident 1936 då fyra patienter på Maria Sjukhus i Stockholm avled till följd av felbehandling då de injicerades med desinfektionsmedel istället för med bedövningsmedel (Läkartidningen, 2005). Socialstyrelsen utför en oberoende utredning av Lex Maria anmälan. Utredningen ska leda till att vården kan lära av sina misstag, att det inte upprepas, att det ger de drabbade patienterna och deras närstående klarhet i vad som faktiskt har inträffat. Detta skapar också förutsättningar för lärande och kunskapsutveckling om patientsäkerhet på en nationell nivå. Rapportering av avvikande händelser är därmed en av hörnpelarna i arbetet att förbättra kvalitet och säkerhet i vården (Socialstyrelsen, 2005).

Socialstyrelsen har i uppgift att återkommande rapportera till regering och riksdag om bland annat utvecklingen av befolkningens hälsa och förhållandena i hälso- och sjukvården. Särskild uppmärksamhet ägnas åt vårdens kvalitet och säkerhet. Mot denna bakgrund fattades beslutet att studera förekomst av vårdskador inom den slutna somatiska vården. Andra länders erfarenheter har visat att egna data avseende vårdskador lett till nationella initiativ för att förbättra patientsäkerheten. I Sverige gjordes år 2007 en undersökning av 2000 patientjournaler från slumpmässigt valda vårdtillfällen mellan 2003-10-01 – 2004-09-30 på 28 sjukhus. Det blev totalt 1967 journaler, där det identifierades 169 journaler med vårdskador (8,6 procent). Beräknat på samtliga vårdtillfällen inom somatiska sjukvården under 1 år innebär detta cirka 105 000 vårdskador, 630 000 extra vårddygn på sjukhus samt 3000 dödsfall per år (Socialstyrelsen, 2008).

All vårdpersonal har skyldighet att arbeta på ett sätt som verkar för en säker patientvård. En handbok för patientsäkerhet har presenterats av Socialstyrelsen och ska ses som ett redskap för att mäta säkerhetskulturen på vårdenheter (Socialstyrelsen, 2009). Vården måste ha väl utvecklade system och rutiner så att mänskliga felhandlingar inte leder till att patienter utsätts för skador (Öhrn, 2009). Hälso- och sjukvården är riskfylld på grund av sin komplexitet, då den ofta har hierarkisk struktur och många beslutsfattare med mycket ansvar, stort informationsflöde och tidsbrist (Baker et al., 2006).

Många ansvarsfall berör informationsflöden som gått fel och därmed har försatt patienten i fara. Brister inom kommunikation och informationsöverföring är av

betydelse för patientsäkerheten samt hur informationsmissar som påverkar diagnosbeslut kan uppstå. En av slutsatserna i Ådahl, K., (2012) avhandling är att om patientsäkerheten ska öka måste patienten ses som en nödvändig och viktig resurs. Avhandlingen har haft som drivkraft att försöka förbättra patientsäkerheten via förbättrad informationshantering för att undvika onödiga dödsfall, onödigt lidande och onödigt långa vårdtider.

Axelsson, E., (2012) beskriver i sin avhandling att om kvalitetssäkringssystemet ska bidra till bättre och säkrare vård krävs att regelverket är tydligt, logiskt, lättillgängligt samt pedagogiskt och att reglerna tillämpas. Det är också nödvändigt att tillsynsmyndigheten använder sig av de lagliga verktyg som finns och att tillsynen är systematisk och konsekvent. Systemet kräver att om allt ska fungera måste alla aktörer fullgöra sina skyldigheter.

Sjuksköterskans kompetens

Sjuksköterskeprofessionen har ansvar för omvårdnadens kunskapsutveckling. Sjuksköterskan arbetar efter en grundläggande värdegrund där relationerna mellan människor är det som präglar. Värdegrunden är till för att få fram ett gemensamt förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor anges det att sjuksköterskan skall kunna tillämpa kommunikationstekniker för att säkra kommunikationen mellan professioner i vårdarbetet. Sjuksköterskan skall kunna kommunicera på ett respektfullt och empatiskt sätt och föra en dialog med sina kollegor för att alla skall sträva mot samma mål (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan måste ha en lika god kommunikationsförmåga som klinisk färdighet då det senare inte är tillräckligt för att etablera och upprätthålla en patientsäker vård (Holtschneider, 2007). Kommunikation som fungerar är grunden för all god vård. Sjuksköterskan behöver få veta vilka problem en patient har för att kunna erbjuda en bra vård och behöver nå fram till patienten för att förvissa sig om att han eller hon kan och vill tillgodogöra sig behandlingen (Lindh & Sahlqvist, 2012). Sjuksköterskan ska ha förmåga att motverka komplikationer i samband med vård och utveckla en god vårdmiljö och kunna hantera situationer där risk för skada föreligger (Socialstyrelsen, 2005).

Vårdlidande

Brister i kommunikationen är en av de vanligaste orsakerna till att det uppstår fel i vården. Att kommunikationen fungerar är också avgörande för att vården skall bli säker för patienten (Lindh & Sahlqvist, 2012). När vården inte kan ge ett gott vårdande som stärker hälsoprocesserna kan det uppstå ett vårdlidande (Eriksson, 1994). Ett vårdlidande beskriver patientens upplevelse av ett ökat, istället för lindrat, lidande. För vårdaren kan det vara både känt och okänt att patienten känner lidande eller en ökad känsla av lidande. Om patienten inte blir sedd kan det bli en upplevelse som leder till att relationen med vårdaren uteblir. Det kan ta sig uttryck i att patienten uppfattar att det brister i tid och brister i information till henne (Arman & Rehnsfeldt, 2006). I vårdandet utgör kommunikation och språk grundförutsättningar för att förstå den andres verklighet och upplevelse av hälsa och lidande (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Utan en relation till sin vårdare känner patienten samtidigt besvikelse, förlorad tillit och otrygghet. Vården och vårdaren kan ibland förvänta sig en förståelse från patienten som innebär att patienten förväntas lida i det tysta när

fokus ligger på det rent medicinska. Denna vårdkultur ökar patientens vårdlidande, där hon blir extra sårbar och utlämnad om hon upplever vården som bristfällig och kränkande men ändå måste visa tillit när hon är i beroendeställning av vården för fortsatt vård. Ett slarvigt bemötande eller för lite tid för dialog kan patienten uppleva som en omedelbar kränkning. Att drabbas av en vårdskada kan patienten uppfatta som att vården är bristfällig och patientens tillit till vården minskar (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

Kommunikation

Kommunikation är en överföring av information mellan människor, djur, växter eller apparater (Nationalencyklopedin). Det är ett ord som inte så lätt kan fångas i en definition utan att betydelseinnehållet kan gå förlorat. Det kan förena och göra en ömsesidig förståelse möjlig men kan å andra sidan skapa konflikter och konfrontation. Kommunikation är dubbelt i och med att vi avstår ifrån att kommunicera, så kommunicerar även det någonting (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Ordet kommunikation kommer ifrån det latinska ordet *communicare* med betydelsen att göra någon annan delaktig i något, att göra något tillsammans, ett ömsesidigt utbyte. Kommunikation kan vara att använda sig av såväl kroppsspråk, skriva, läsa, lyssna och att tala. Kroppsspråket kan vara omedvetet och medvetet (Fossum, 2007). Att lyssna är 50 procent av kommunikationen. Det är viktigt att som lyssnare bekräfta det som sägs även om den som lyssnar inte delar åsikt med den som talar (Iwarsson, 2010).

Grunden för all god vård är en fungerande kommunikation. Vårdaren behöver veta vilket problem patienten har för att kunna ge en bra vård och kunna förvissa sig om att patienten kan och vill tillgodogöra sig behandlingen. Att kommunikationen fungerar är avgörande för att vården ska bli säker. Detta är självklart men visat sig vara mycket svårt (Lindh & Sahlqvist, 2012). Det kan finnas svårigheter att förstå vad någon annan säger eller menar, vilket kan medföra hinder i kommunikationen. Det kan exempelvis vara olika dialekter eller brytning på ett främmande språk. I vården är det tonfallet och rösten som har stor betydelse för kommunikationen, där stress är en faktor som kan påverka negativt. Det kan uppstå kommunikationsproblem i vården, när vårdpersonal fokuserar på det medicinska och glömmer patientens upplevelser och känslor av den situation de befinner sig i. Andra hinder i kommunikationen kan vara olika levnadsvanor, religion, kultur, yrke och sexualitet (Fossum, 2007). Yrkeskunskaperna i vården anses genomgående vara goda men vårdpersonalen får inte tillräcklig utbildning i att kommunicera effektivt. Det förekommer sällan kommunikationsträning och brister i kommunikativa färdigheter befäster därmed de problem som finns sedan tidigare (Lind & Sahlqvist, 2012). Årligen inträffar ett större antal händelser där bristande kommunikation och information orsakat skada, fördröjd behandling, oro eller otrygghet hos patienter (Socialstyrelsen, 2008).

Kvalitetsinstitutet, Joint Commission visade att under åren 1995 till 2006 var bristande kommunikation den vanligast enskilda orsaken till vårdskador i USA (Joint Commission, 2007). Det har visat sig att 80 procent av vårdskadorna i USA handlar om kommunikationsbrister vilket ger en uppfattning om problemets storlek avseende kommunikation och informationsöverföring (Joint Commission, 2012). Viktig information om patienten försvinner ofta på vägen vid överlämningar till kollegor på nytt skift eller till en ny vårdenhet. Vid informationsöverlämningar uppstår lätt missförstånd och är det enda eller en bidragande orsak till två tredjedelar av

allvarliga missöden i vården (Lindh & Sahlqvist, 2012). Ineffektiv muntlig eller skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal är en bidragande faktor till majoriteten av alla missöden och skador som drabbar patienter i hälso- och sjukvården. Varje gång informationen överförs från en person till en annan riskerar den att på ett eller annat sätt bli förändrad (Läkartidningen, 2008). Det är också känt att misstag och missuppfattningar om läkemedelsanvändning är särskilt vanliga i vårdens övergångar när en patient byter vårdenhet eller vårdnivå. När det gäller läkemedelsfel är bristande kommunikation vid överlämning av medicinsk information orsak till ungefär hälften av alla fel (SKL, 2011).

Strukturerad kommunikationsmodell

En strukturerad kommunikationsmodell är ett verktyg och hjälpmedel för att säkra kommunikationen inom vården. För att säkra kommunikationen säkerställs en viss standard oberoende av yrkestillhörigheter och personligheter för att stödja personalen att göra rätt. Vem säger vad till vem och när. En strukturerad kommunikationsmodell sparar tid och underlättar för personalen att samverka (Lindh & Sahlqvist, 2012), samt ger en bättre förståelse mellan personal (Wallin & Thor, 2008). En enkel kommunikationsmodell har en sändare som försöker ge information om något. För att kunna ge sitt budskap måste sändaren använda någon sorts kanal. Den som sändaren försöker ge sitt budskap till kallas mottagare. Mottagaren kan då ge någon form av reaktion tillbaka. Mottagarens reaktion tillbaka till sändaren kallas återföring eller feedback (Shannon, C. E. & Weaver, W. 1949).

SBAR är en kommunikationsmodell som startade i amerikanska marinen och har sedan vidareutvecklats inom flygindustrin, NASA och kärnkraftsindustrin (figur 2). Inom hälso- och sjukvård började SBAR att användas år 2004 (Tomas, Bertram & Johnson, 2009). SBAR används vid kommunikation om vad som händer just nu (S – *situation*) vilket hjälper till att strukturera bakomliggande orsak (B – *background*) samt formulera en klar bedömning (A – *assessment*) och erbjuder en möjlig lösning (R – *recommendation*) (Tomas et al., 2009). I den svenska versionen betyder S – situation, B – bakgrund, A – aktuellt tillstånd, R – rekommendation (Wallin & Thor, 2008). Det hjälper oss att snabbt och enkelt strukturera och överföra information på ett systematiskt sätt utan att ta med det som inte är väsentligt (Hamilton, Gemeinhardt, Mancuso & Sahlin, 2006). SBAR hjälper till att organisera tankar och förbereda viktig information för talaren genom en klar struktur. Lyssnaren kan fokusera på viktiga punkter i informationen genom att utesluta mindre viktiga aspekter. En strukturerad information resulterar i en mer fullständig information där talaren inte glömmer något viktigt (Dunsford, 2009). Världshälsoorganisationen WHO rekommenderar SBAR som en kommunikationsmodell för all hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommunikationsmodellen ska kunna användas både vid akuta och icke akuta situationer och göras verksamhetsanpassad för specifika verksamheter (SKL, 2012). Studier på effekterna av SBAR har främst visat effekter på arbetsmiljön med fokus på framförallt kommunikation, samarbete och säkerhetsklimat. Sambandet mellan dessa effekter och patientsäkerhet är svåra att mäta och det saknas metoder att mäta med (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Däremot har studier visat att det finns ett samband mellan gott samarbete, säkerhetsklimat och patientsäkerhet och att det är viktigt att försöka undersöka dessa samband vidare (Törner, 2010; Manser T., 2009).

Överlämning

Överlämning är när patientspecifik information kommuniceras mellan två personer eller två team för att främja kontinuitet och säker vård antingen verbalt, skriftligt eller webbaserat (Edwards & Woodard, 2008). Överlämning är ett informationsutbyte där en struktur för kommunikation och kommunikationsöverföring minskar risken för att viktig information tappas bort eller missuppfattas (SKL, 2012).

PROBLEMFÖRMULERING

Bristande kommunikation är en av de största orsakerna till vårdskador och om det uppstår fel i vården är det patienten som blir lidande. Vårdlidandet beskriver patientens upplevelse av ett ökat lidande. För att öka patientsäkerheten behöver kommunikationen vid överlämningarna förbättras. Eftersom SBAR är den kommunikationsmodell som har rekommenderats inom hälso- och sjukvården är det av intresse att undersöka hur detta har beskrivits i litteraturen. Det finns även anledning att undersöka vilka ytterligare strukturerade kommunikationsmodeller som finns beskrivna. Vilken betydelse har de i så fall för patientsäkerheten, har de utvärderats för vårdskador/ tillbud och vilken evidens finns.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka vilka strukturerade kommunikationsmodeller inom hälso- och sjukvården som finns beskrivna och hur dessa har utvärderats i samband med överlämning av patienter.

METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie och utgick ifrån beskrivning och granskning av publicerade vetenskapliga artiklar (Friberg, 2006). Fem kvantitativa och fyra kvalitativa vetenskapliga artiklar som ansågs relevanta för vår studie granskades, bearbetades och sammanställdes för att få en översikt över aktuell forskning inom det valda området. Litteraturreferenser har skrivits med hjälp av APA-systemet.

Datainsamling

Datainsamlingen påbörjades tidigt i processen genom pilotsökning utan begränsningar i databaserna Cinahl och PubMed. Detta för att ringa in om det fanns relevanta artiklar för syftet och för att kunna säkerställa relevanta sökord. Utifrån syftet bestämdes sökorden *patient safety, communication, handover, nursing, interprofessional relations och strategies*. För att kunna utföra en korrekt sökning i databaserna omvandlades vart och ett till MeSH-termer (Medical subject headlines) för PubMed respektive Thesaurus-termer för Cinahl. De sökord som inte fanns som MeSH-termer eller Thesaurus-termer användes som fritextord. Sökordsöversikten (tabell 1) redogör för omvandling av sökord i de olika databaserna. En snabbsökning gjordes även på sjukhusbibliotekets E-bibliotek. Snabbsökningen i E-biblioteket omvårdnad gör en

sökning i databaserna Pubmed, Proquest Nursing, Allied Health Source och Psyc INFO/ proquest. Inklusionskriterier var att kommunikation och överlämnade skulle finnas med. Artiklarna skulle vara vetenskapliga samt peer-reviewed. Alla artiklar skulle vara publicerade mellan 2007-2012. Exklusionskriterier var om artiklarna var litteraturöversikter eller skrivna på ett annat språk än engelska. Artiklar som berörde operationsavdelningar, barn/obstetrik och ambulans exkluderades för att avgränsa området. Antalet artiklar blev därmed hanterbart och relaterade till det vårdkontext vi avsåg. Vid varje sökning lästes alla titlar igenom och sammanfattningar lästes på de titlar som var mest intressanta för området. Några av artiklarna innehöll allmänt om kommunikation, dessa exkluderades om inte strukturerad kommunikation fanns med eftersom de inte var relevanta för syftet. Slutligen granskades 33 artiklar (se bilaga 1). Genom läsningen framkom att nio av dessa artiklar stämde överens med syftet.

Tabell 1. Sökordsöversikt

Sökord	MesSH-term (PubMed)	Thesaurus-term (Cinahl)
Patientsäkerhet	Patient safety	Patient safety
Kommunikation	Communication	Communication
Överlämnande	Handover (fritextord)	Handover (fritextord)
Vårdarbete	Nursing	
Yrkesrelationer	Interprofessional relations	Interprofessional relations
Strategier	Strategies (fritextord)	

Databearbetning

En artikelöversikt gjordes för de nio utvalda artiklarna (se tabell 2). Artikelöversikten presenterar en sammanfattning och en överskådlighet av artiklarna med syfte, metod, urval och resultat relaterat till vårt syfte. Artiklarna lästes grundligt i sin fulltext vid flera olika tillfällen individuellt och diskuterades tillsammans. Vi sökte efter hur många strukturerade kommunikationsmodeller som var beskrivna och jämförde dem med varandra, likheter och olikheter. Utefter vårt syfte undersökte vi även hur kommunikationsmodellerna utvärderats för patientsäkerhet och kommunikation, vilket presenteras i artikelöversikten.

RESULTAT

Kommunikationsmodeller

Vi fann åtta olika kommunikationsmodeller som beskrevs och utvärderades för strukturerad kommunikation vid överlämnandet av information inom hälso- och sjukvården. En detaljerad översikt av respektive artikel presenteras i slutet av detta dokument (tabell 2).

D-BANQ står för: D = *Demographics & Stability*, B = *Before I began to provide care*, A = *As I provided care*, N = *Next care provider need to know* och Q = *Questions*.

Denna modell togs fram som ett alternativ till SBAR och TJC-CDPH (se nedan i tabell 3) av Central Coast California District Hospital och fungerade enligt författarna endast som ett komplement (Adams et al, 2012).

TJC – CDPH är The Joint Commissions alternativ till WHO'S rekommenderade SBAR. Förkortningen står för: T = *The*, J = *Joint*, C = *Commission*, C = *Communication*, D = *During*, P = *Patient* och H = *Handover* (Adams et al, 2012).

Tabell 3 Jämförelse av D-BANQ, SBAR och TJC – CDPH

D-BANQ	Demographics & Stability	Before I began to provide care	As I provided care	Next care provider need to know	Questions
WHO (SBAR)	Situation	Background	Assessment	Recommendation	Clarification
TJC (CDPH)	Current condition	Recent changes in condition	Anticipated changes in condition	What to watch for the next time interval	Opportunity to ask and resolve questions

NH-MDS är ett datorprogram med minsta mängd data som krävs för en säker vård som förstärker den verbala kommunikationen. Förkortningen står för: N = *Nursing* H = *Handover*- M = *Minimum* D = *Data* S = *Set* (Johnson et al., 2011).

SBAR, förkortningen står för: S = *Situation* B = *Background* A = *Assessment* R = *Recommendation* (Kesten, K., 2011; Street et al., 2011)

ISBAR är en modifiering av SBAR (se bilaga 2) där I står för *Identify*, identifierar vem som är mottagare, patient och sändare (Marshall et al., 2009; Thompson et al., 2011).

SOP (se bilaga 3) är en strukturerad kommunikationsmodell jämförbar med SBAR, som även inkluderade patienten i överlämningen. Förkortningen står för: S = *Standard* O = *Operating* P = *Protocol*. (McMurray, A., 2010).

The ConStratO model of handover är en modell (se bilaga 4) som vill stödja och utveckla överlämningen mer beskrivande än SBAR samt i en kronologisk ordning (Randell et al., 2010).

Vi fann även en strukturerad webbaserad överlämningsmodell som inte var namngiven. Denna hade utvecklats som svar på myndigheternas rekommendationer att använda strukturerade kommunikationsmodeller inom hälso- och sjukvård i USA. Syftet med verktyget var att förbättra patientsäkerheten och Payne et al. (2012) kunde visa på en signifikant minskning av tillbud.

D-BANQ, ISBAR, SBAR, SOP, The ConStratO model of handover och TJC-CDPH var jämförbara strukturerade kronologiska standardiserade kommunikationsmodeller. Det som skiljde kommunikationsmodellerna var att SOP involverade patienten i överlämningen. D-BANQ sågs mera som ett komplement till SBAR och behövde förfinas ytterligare för att bli helt jämförbart vilket innebar att det efter studiens

resultat inte ersatte SBAR. SBAR modifierades till ISBAR för att anpassas till olika verksamheter. NH-MDS och den webbaserade kommunikationsmodellen var strukturerade datorprogram. NH-MDS var ett dataprogram där modellen angav minsta mängd data som skulle överrapporteras för att skapa säker patientvård, modellen var ett komplement till den muntliga överlämningen. Den webbaserade kommunikationsmodellen ersatte den traditionella skriftliga överlämningen.

Kommunikationsmodellernas utvärdering

Det var endast en studie (Payne et al., 2012), som undersökte effekten på tillbud. Denna studie fann signifikant färre tillbud ($p < 0.03$); gällande läkemedel och aktuell status efter införande av en webbaserad strukturerad rapporteringsmodell. De övriga artiklarna var designade att endast studera själva kommunikationsmodellen och utvärderade inte effekterna för patienterna. Författarna i två studier (Johnson et al., 2011; Kesten K., 2011) antog att patientsäkerheten ökar efter införande av NH-MDS respektive SBAR, men undersökte/utvärderade inte effekten för vårdskador.

Fyra av studierna (Kesten, K., 2011; Marshall et al., 2009; Payne et al., 2012; Street et al., 2011;) var interventionsstudier med kontrollgrupp. I samtliga av dessa studier hade någon form av intervention genomförts där den aktuella kommunikationsmodellen implementerades. Tre av dessa studier var randomiserade (Kesten, K., 2011; Marshall et al., 2009; Street et al., 2011). Tre studier (Kesten, K., 2011; Marshall et al., 2009; Payne et al., 2012) visade på förbättrad kommunikationen efter implementering. I två av dessa studier (Kesten, K., 2011; Marshall et al., 2009) fann författarna att SBAR kvalitetsäkrade kommunikation men kunde inte finna att SBAR som kommunikationsmodell minskade antalet vårdskador då detta inte undersöktes.

Implementering och erfarenheter

SBAR testades i olika överlämnings- och simuleringssituationer i två av studierna (Kesten, K., 2011; Marshall et al., 2009). Kesten, K., 2011 visade att studenterna efter didaktisk utbildning fick förbättrade kommunikationsfärdigheter och kunde även visa en förbättring i att identifiera aktuell behandling för den berörda patienten. De studenter som fick instruktion i rollspel tillsammans med en didaktisk undervisning i SBAR kunde tydligt och mer strukturerat identifiera patienternas behov. Detta jämfördes med kontrollgruppen som enbart fick didaktisk undervisning i SBAR. Vid observation kunde en märkbar förbättring ses hos interventionsgruppen i att identifiera aktuell behandling hos berörd patient jämfört med kontrollgruppen.

Marshall et al., (2009) visade en signifikant förbättring av kommunikationen, avseende kvalitén på innehållet och tydligheten när studenterna varit med om realistiska simuleringsovningar. Utbildningen i SBAR ledde genomgående till högre poäng avseende innehåll och tydlighet i kommunikation jämfört med kontrollgruppen och tydligheten ökade såväl vid telefonkontakt som vid kommunikation ansikte mot ansikte. Det var markant fler i interventionsgruppen som tydligt uttryckte behov av hjälp när så var nödvändigt och som tydliggjorde att de inte visste var problemet låg. Alla i gruppen som fått träning i SBAR var tydligare med att ge förslag på diagnos jämfört med kontrollgruppen. De var överlag mer strukturerade och tydligare i sina hänvisningar (ibid).

Sjuksköterskor och läkare som intervjuades i de kvalitativa studierna (Johnson et al., 2011; McMurray, A., 2010; Randell et al., 2010) erfor att kommunikationsmodellerna gav struktur i överskriften och säkerställde att relevant information överrapporterades.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien utfördes som en litteraturstudie och artikelsökningarna gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och en snabbsökning i E-biblioteket. I dessa databaser gjordes en bred sökning för vårt syfte. Dessa databaser ansågs relevanta eftersom de har omvårdnads och medicinsk inriktning. I Cinahl användes Thesaurus termer, i PubMed användes MeSH termer och endast två fritextord användes. Det anses som en styrka att databasernas termer används då det gjorde att sökningarna specificerade sig till ämnet. Artiklarna var både kvalitativa och kvantitativa vilket också kan ses som en styrka eftersom det belyser syftet ur olika perspektiv.

Trots att vi sökte artiklar ifrån 2007-2012 hittade vi inga artiklar äldre än 2009. Vilket kan bero på att forskningsområdet är relativt nytt. SBAR introducerades som en strukturerad kommunikationsmodell i hälso- och sjukvården i USA, 2004. Därefter har olika strukturella kommunikationsmodeller utvecklats vid våra sökningar. En svaghet är att bara en europeisk studie och ingen nordisk forskning framkom. Forskningen var koncentrerad till Australien och USA.

Fyra av de artiklar som involverade patienter hade ett skriftligt samtycke. En av artiklarna som tog med patienter i överskriften nämnde inget om samtycke. Sex av artiklarna skrev att de hade ett etiskt godkännande ifrån någon form av etisk kommitté. De artiklar som hade simuleringsövningar eller rollspel med läkarstudenter eller sjuksköterskestudenter hade enligt vad som kunde utläsas av artiklarna inget etiskt godkännande, vilket kan ses som rimligt.

Eftersom de flesta artiklarna i litteraturstudien har gjorts i Australien och USA, kanske det kan ses som en svaghet då hälso- och sjukvården ser annorlunda ut där jämförelse med Sverige. Det väcker frågor om överförbarhet till svenska förhållanden men då kommunikation anses vara universell och problem relaterade till patientsäkerhet ser troligtvis likartat ut i vård runt omkring i världen. Resultatet bör därmed vara överförbart i svenska hälso- och sjukvården oberoende av hur sjukvården är organiserad.

Resultatdiskussion

Vi fann åtta olika kommunikationsmodeller, varav SBAR/ ISBAR var de kommunikationsmodeller som beskrevs mest Kesten, K., (2011); Marshall et al., (2009);. Street et al., (2011); Thompson et al., (2011). De andra modellerna var inte lika tydligt beskrivna. I två av artiklarna Kesten, K., (2011); Marshall et al., (2009) antas att den ökade kvaliteten på kommunikationen innebära en ökad patientsäkerhet. Eftersom kommunikationen förbättras, utgår artiklarna från antagandet att antalet vårdskador relaterade till kommunikationen minskar. Åtta av artiklarna Adams et al,

(2012); Johnson et al., (2011); Kesten, K., (2011); Marshall et al., (2009); McMurray, A., (2010); Randell et al., (2010); Street et al., (2011); Thompson et al., (2011) undersöker dock inte om detta verkligen är påvisbart. Endast en artikel Payne et al., (2012) kontrollerar om antalet tillbud/vårdskador minskas vid införandet av en strukturerad kommunikationsmodell, där visar resultatet ett minskat antal tillbud. Även om det är rimligt att anta att en förbättrad kommunikation innebär en reduktion av antalet vårdskador/tillbud relaterade till brister i kommunikationen skulle det vara av intresse att genomföra en studie designad för att påvisa om så är fallet och då speciellt utifrån SBAR. I Sverige införs nu SBAR på bred front på rekommendation av WHO och nätverket för patientsäkerhet för att förbättra kommunikationen mellan vårdarna inom hälso- och sjukvården. Underförstått i det här ligger antagandet att med förbättrad kommunikation förväntas vårdskadorna minska. Med utgångspunkt från styrdokumenterna kan vi inte finna varför just SBAR ska användas och inte något av de andra kommunikationsmodellerna.

Syftet i flera av artiklarna var att jämföra överlämning före och efter implementering av en ny kommunikationsmodell. I resultatet framkom att två studier Kesten, K., (2011); Marshall et al., (2009) funnit en signifikant bättre kommunikation när SBAR infördes med hjälp av utbildning, föreläsningar, rollspel, filminspelningar med eller utan ljud samt diskussioner. Patientsäkerheten skulle öka om professioner tränas som ett lag i kommunikation enligt Iwarsson, (2010) det skulle bidra till ett bättre säkerhetstänkande. En studie av Miller et al., (2009) använde sig också av realistiska simuleringsövningar på obstetrik och neonatalavdelningar. Dessa filmades för att värdera patientsäkerheten vid akuta händelser och där sågs att både individuell och teamträning i kommunikation enligt SBAR behövdes för att förbättra patientsäkerheten. Frågan är om vi kan överföra resultaten ifrån simuleringsövningarna till en autentisk situation. Stresspåslag och allvar i situationen ger en annan påverkan än en övning som är simulerad. Samtidigt kommer resultatet i verkligheten troligen att vara detsamma om deltagarna i den simulerade övningen går in i sin roll. Vi kan jämföra detta med de simulerade hjärtlungövningsträningarna som idag finns inom hälso- och sjukvården. Det finns också en etisk aspekt om vissa situationer ska studeras i ett autentiskt läge.

När SBAR införs nationellt består materialet av SBAR-kort för olika situationer som delas ut i fickformat med en kort bruksanvisning. Personalen informeras och uppmanas att vid lämpligt tillfälle se en informationsfilm på SKL' s hemsida (SKL, 2012). Flera av de större sjukhusen i landet har tillgång till simuleringscentra där det skulle vara möjligt att aktivt träna SBAR. En annan möjlighet skulle kunna vara att aktivt träna rollspel i sin egen verksamhet vid ett avdelningsmöte. Kesten, K., (2011) visade att de studenter som fick instruktion i rollspel tillsammans med en didaktisk undervisning i SBAR fick förbättrade kommunikationsfärdigheter och kunde tydligt och mer strukturerat identifiera patienternas behov. Även Marshall et al., (2009) styrker detta genom att visa en signifikant förbättring av kommunikationen, avseende kvalitén på innehållet och tydligheten när studenterna varit med om realistiska simuleringsövningar Vi anser även att träning i SBAR är en viktig del i sjuksköterskeutbildningen, så att de nyutexaminerade sjuksköterskorna kan möta Hälso- och sjukvårdens krav på patientsäkerhet vid överlämningarna.

Det finns flera utmaningar vid införandet av SBAR inom hälso- och sjukvården. Ofta handlar det om behovet av förändringar i organisationens vedertagna arbetssätt och organisationens säkerhetsklimat. (Leonard et al 2004). Ledningens roll är att stödja att en öppen kultur utvecklas och att personal tränas i att samarbeta och kommunicera (Lindh & Sahlqvist, 2012). Faktorer som anses bidra till en positiv utveckling är ledningens engagemang i arbetsmiljöarbete, prioritering av säkerhetsarbete och rättvis behandling av medarbetarna. Likaså medarbetarnas eget engagemang i säkerhetsfrågor, öppen kommunikation, goda ledar- medarbetarrelationer (Törner, 2010).

Frågan är om vi ute i hälso- och sjukvården där SBAR införts kommunicerar enligt SBAR och tillämpar riktlinjerna. Vidare, vad händer om en person kommunicerar med hjälp av SBAR medan motparten inte gör det? I en studie av Bashstevani, C., et al., (2010) sägs att ifrågasättande och motsträvighet att använda sig av en given struktur vid överrapportering hos erfaren vårdpersonal kräver nytänkande och viss förnyelse. Det tidigare invanda sättet att arbeta på, som kanske av personalen upplevdes bra, måste förnyas och ändras. Upplevelse av förnyelse i arbetet kan också ge en känsla av att kompetensen i den gamla överrapporteringen ifrågasätts. När nya riktlinjer och rutiner införs är det viktigt att all personal känner delaktighet i införandet. Bashstevani, C., et al., (2010) visade också att när ledning, experter eller de som är drivande inom området var delaktiga och aktiva i implementeringen ökar följsamheten hos övrig personal. Attityd och vilja hos gruppen är också avgörande för hur förändringen tas emot. Implementering är en kontinuerlig process och återkommande uppföljningar av följsamheten är av stor vikt. Är sammanhållning och bra samarbete utmärkande för gruppen är viljan till förändring också större (ibid).

Thompson et al., (2011) ansåg att kommunikationens struktur och innehåll förbättrades efter utbildning i ISBAR. Detta styrktes även av Kesten, (2011) och Miller et al., (2009) som visade att efter utbildning förbättrades tydlighet och kontinuitet i kommunikationen. Studenterna upplevde också ett ökat självförtroende efter undervisning och simuleringsövningar. Personalen inom hälso- och sjukvården behöver utbildas regelbundet i SBAR (Markley et al., 2008) för att säkerställa att kommunikationsmodellen används korrekt. Speciellt när det gäller A = aktuellt tillstånd och R = rekommendation. Ilan et al., (2012) kunde visa att dessa delar i SBAR ibland inte användes alls, eller användes delarna i SBAR i slumpmässig ordning. Syftet med SBAR förloras då användningen inte längre är strukturerad

I en av artiklarna Street et al., (2011) ansåg författarna att införandet av SBAR förbättrade patientsäkerheten när patienten själv involverades som en patientkontroll tillsammans med en checklista. Checklistor används i dag på de flesta svenska operationsavdelningar inför en operation i enlighet med WHO's rekommendation. Hela teamet som arbetar på operationssalen stämmer av med checklistan innan en patient ska sövas. Kanske detta skulle kunna utvidgas till mer än operationsavdelningarna. I samband med en överlämning ska patienten själv få möjlighet att vara aktiv, både genom att lyssna på rapporteringen och kunna fylla i om något verkar fel (Socialstyrelsen, 2011). I en annan av artiklarna McMurray, A., (2010) där sjuksköterskorna rapporterade vid patientens säng, lärde sig sjuksköterskorna att lyssna när patienten flikade in något i rapporteringen vilket säkerställde att relevant information överfördes. Detta kan även leda till en välinformerad som har kontroll på

sin situation. Flera överlämningsituationer inom hälso- och sjukvården i dag sker ofta naturligt med en patient i säng och en överrapportering emellan olika vårdgivare, exempelvis emellan akutmottagning, vårdavdelningar och operation. Ådahl, (2012) och Öhrn, (2009) menar att patienten själv kan bidra till att öka patientsäkerheten genom att bidra med sina upplevelser och kunskaper om sin egen sjukdom och situation. Patienten har ett unikt perspektiv genom inblick i hela vårdkedjan (WHO, 2008).

Det är mycket som kan gå fel när det gäller kommunikationen om och med en patient. Patienten och närstående möter flera olika vårdare och vårdlag i ett vårdförlopp. Genom att använda hjälpmedel och verktyg kan ett flertal problem hanteras. Exempel på vanliga missuppfattningar, risker och fel i kommunikation mellan personal kan vara; Information saknas är fel eller ofullständig, otydlig och bekräftas inte mellan sändare-mottagare. Oklarheter reds inte ut. Personal förutsätter att någon annan tar hand om de problem de iakttar, otydligt om vad som skall göras och av vem och när. Yrkeskunskaperna hos vårdpersonal är i regel goda men de får inte tillräcklig utbildning i att samarbeta i team och att kommunicera effektivt. Datajournaler och läkemedelsmodul gör att kommunikationen säkerställs och därmed minskar risken för vårdskada relaterat till läkemedelsfel. Nolltolerans mot otydliga ordinationer ska införas om det inte redan finns enligt (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Det är viktigt enligt Wallin et al., (2008) att inte ha en övertro på standardiserad kommunikation. Att missuppfatta innehållet i standardiserad kommunikationen är fortfarande möjligt och kommunikationsmodellerna hjälper föga om lyssnaren inte hör eller har tankarna någon annanstans. Det krävs att både sändaren av kommunikation och lyssnaren har fokus och ögonkontakt med varandra. SBAR eller den kommunikationsmodell som används ska användas på rätt sätt och både sändare och mottagare av kommunikation bör vara utbildade i kommunikationsmodellen (ibid). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor anges det att sjuksköterskan skall kunna tillämpa kommunikationstekniker för att säkra kommunikationen mellan professioner i vårdarbetet (Socialstyrelsen, 2005).

Bristande kommunikation är en av de största orsakerna till vårdskador. Vårdskada innebär ett lidande för patienten och vårdlidandet uppstår när hälso- och sjukvården inte kan ge patienten en god vård. Att minska patientens lidande ingår i den legitimerade sjuksköterskans kompetensbeskrivning som också innefattar att sjuksköterskan ska ha förmåga att motverka komplikationer i samband med vård och behandlingar (Socialstyrelsen, 2005).

Vi måste se patienten som en nödvändig och viktig resurs i hälso- och sjukvården (Ådahl, 2012). Detta styrks även av Street et al., (2011). Det finns många sätt att ta med patienten in i vården och se till att patienten är välinformerad om sin situation och blir uppmuntrad att säga ifrån om något verkar fel (Socialstyrelsen, 2011). Patienten bör aktivt involveras enligt (Ådahl, 2012). Många patienter söker numera sin egen kunskap och förväntar sig en mer individuell behandling från vårdens sida. Även den nya patientsäkerhetslagen ger den enskilde patienten mycket större utrymme. Det räcker inte enbart med SBAR, något annan kommunikationsmodell eller andra nya rutiner. I lagen står det också att hälso- och vården ska ge patienter och även närstående möjlighet att delta i arbetet med patientsäkerhet och det finns krav på

hälso- och sjukvården att informera om vårdskador. Om kommunikationen fungerar på ett tillfredställande sätt och vi tillåter patienten och dess närstående att aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet ökar förutsättningarna för en säkrare hälso- och sjukvård.

SLUTSATS

Vi fann åtta kommunikationsmodeller som har utvärderats och är relativt jämförbara. De olika kommunikationsmodellerna säkerställde att ingen relevant information utelämnades vid överlämningarna och kvalitetssäkrade kommunikationen. Om denna effekt även innebär en förbättrad patientsäkerhet med minskat antal vårdskador återstår dock att mäta. Att SBAR skulle vara mer tillförlitlig än de övriga modellerna framkom inte i denna litteraturstudie.

REFERENSER

Adams, J. M. & Osborne-McKenzie, T. (2012) Advancing the evidence base for a standardized provider handover structure: Using staff nurse descriptions of information needed to deliver competent care. *J Contin Educ Nurs*. 2012 Jun; 43(6):261-6. doi: 10.3928/00220124-20120215-88.

Arman, M., Rehnsfeldt, A (2006). *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber AB

Axelsson, E., (2011) *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård.*: En medicinrättslig studie. [Electronic version]. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Juridiska fakulteten. Hämtad 2012-09-25 från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-160870>

Baker, D., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41(4 Part 2), 1576–1598.)

Dahlberg, K. Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*, Stockholm: Natur & Kultur

Dunsford, J. (2009). Structured communication: improving patient safety with SBAR. Situation, Background, Assessment and Recommendation. *Nursing for Women's Health*, 13(5), 384-390.

Edwards, C. & Woodard, E. K. (2008). SBAR for maternal transports: going the extra mile. *Nursing for Women's Health* 12 (6), 515-520.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB

Finnigan, M., Marshall, S., & Flanagan, B. (2010) ISBAR for clear communication: one hospital's experience spreading the message. *Australian Health Review* 34(4), 400-404

Fossum, B. (2007). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Hamilton, P., Gemeinhardt, G., Mancuso, P., Sahlin, C., & Ivy, L. (2006). SBAR and nurse-physician communication: pilot testing an educational intervention. Situation, Background, Assessment, and Recommendation. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 295-299.

Holtschneider, M. E. (2007). Better communication, better care through high-fidelity simulation. *Nursing Management*, 38(5), 55-57.

Ilan, R., Gemeinhardt, G., Mancuso, P., Sahlin, C., & Ivy, L. (2006). SBAR and nurse-physician communication: pilot testing an education intervention. Situation, Background, Assessment, and Recommendation. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 295-299.

Iwarson, S. (2010). *Processutveckling och patientsäkerhet - två olika sidor av samma mynt*. Säve: Säve Förlag.

Johnson M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 Feb;21(3-4):331-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03891.

Joint Commission. (2007) Communication during patient hand-overs. Hämtad 2012-11-12 från: <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>

Joint Commission. (2012) Sentinel event data: Root Causes by Event Type 2004-2Q 2012. Hämtad 2012-11-12, från <http://www.jointcomission.org/issues/article.aspx?Article=RZIH0UK2oak83WO8RkCmZ9hVSIJT8Zbrl4NznZ1LEUK%3D>.

Kesten, K., (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2011 Feb;50(2):79-87. doi: 10.3928/01484834-20101230-02.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 1, i 85-90

Lindh, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar*. Stockholm: Natur & Kultur

Manser, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic dominance of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-51

Markley, J., & Winbery, S. (2008). Communicating with physicians: How agencies can be hard. *Home Health Care Management & Practice*, 20(2), 161-168.

Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety In Health Care*, 18(2), 137-140. doi:10.1136/qshc.2007.025247.

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 247-255.

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing* 2010 Sep;19(17-18):2580-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03033.x.

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 247-255. Doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x.

Nationalencyklopedin. *Kommunikation*. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från: www.ne.se/sve/kommunikation?i_h_word=kommunikation

Payne, C. E., Stein, J. M., Leong, T. & Dressler, D. D. Avoiding handover fumbles: a controlled trial of a structured handover tool versus traditional handover methods. *BMJ Oual Saf*. 2012 Nov;21(11):925-32. doi:10.1136/bmjqs-2011-000308.

Randell, R., Wilson, S., Woodward, P. & Galliers, J. The ConStratO model of handover: A tool to support technology design and evaluation. *Behaviour & Information Technology*, 2011 Jul-Aug;30(4):489-98.

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Shannon, C. E., & Weaver W. (1948). The mathematical theory of communication. Urbana Illinois: University of Illinois. *The Bell System Technical Journal*. 27(Oct), 379-423:623.656

Socialstyrelsen. (2004). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete - en översikt*. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-1>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2008) *Vårdskador inom somatisk slutenvård* [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/2008-109-16_200810916_rev2.pdf

Socialstyrelsen. (2009) *Informationsöverföring och kommunikation*. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Socialstyrelsen (2009) *Handbok för patientsäkerhetsarbete. Riskanalys och händelseanalys*. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120/Documents/RiskanalysochHandelseanalys_original.pdf

Socialstyrelsen. (2011) *Min guide till säker vård*. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/Attachments/18221/2011-1-6.pdf>

SOU 2008:117 *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/11/77/64/74405322.pdf>

Street, M., Eustace, P., Livingston, P. M., Craike, M. J., Kent, B. & Patterson, D. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, 2011 Apr;17(2): 133-40.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Läkemedelsfel i vårdens övergångar* [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från:
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39904_1.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *SBAR minskar riskerna i vården*. [Electronic version]. Hämtad 2012-09-25 från:
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Bromma: Brommatryck & Brolins AB

Thomas, C., Bertram, E., & Johnson, D. (2009). The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educator*, 34(4), 176-180. Doi:10.1097/NNE.0b013e3181aaba54.

Thompson, J., et al. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), 340-344. doi: 10.1136/pgmj.2010.105569.

Törner, M., (2010) Bra samspel och samverkan skapar säkerhet – om klimat och kultur på arbetsplatsen. *Kunskapsöversikt*. Arbetsmiljöverket

Wallin, C- J., & Thor, J. (2008). Klinik och vetenskap: SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 26-27(105), s 1922- s1925. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-25 från:
http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/9/9758/LKT0826s1922_1925.pdf

Wennergren, G. (2005). Medicinhistorisk paus: Fyra dödande injektioner ledde fram till Lex Maria. *Läkartidningen*, volym (nr 102), s 242-s 243. [Electronic Version]. Hämtad 2012-09-04 från:
http://www.lakartidningen.se/old/content_0504/pdf/242_243.pdf

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I., (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. S 330
World Health Organization (2007). *Communication during patient hand-overs. Volume1(3), 1-4*. Hämtad 2012-09-25 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>

World Health Organization. (2008). *Patient Safety Workshop: Learning from Error*. [Electronic version]. Hämtad 2012-09-25 från:
http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/Vincristine_Learning_from_error.pdf

Ådahl, K. (2012). *On decision support in participatory medicine supporting healthcare empowerment*. [Electronic version]. Doktorsavhandling, Blekinge tekniska högskola, tekniska institutionen. Hämtad 2012-09-25 från:
<http://www.bth.se/fou/Forskinforbif/nsf/all/e3c3496c608f6253c12579450052071>

Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg., & L. Wallin. (red.). *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. (1:a uppl.) (s. 371-401). Lund: Studentlitteratur.

Tabell 2. Artikelöversikt

	Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod/ Intervention	Urval	Resultat
1	Adams et al., 2012, USA	Advancing the evidence base for a standardized provider handover structure: using staff nurse description of information needed to deliver competent care	Att hitta en alternativ kommunikationsmodell till SBAR och TJC-CDPH som med vetenskaplig grund kunde ge säker vård	Kvalitativ metod. Intervjuer av sjuksköterskor angående SBAR, TJC-CDPH och D- BANQ.	146 sjuksköterskor ifrån fem olika avdelningar	D-BANQ fungerade enligt författarna mer som ett komplement till SBAR och TJC-CDPH. Det behövdes ytterligare förfining och förtydligande av kommunikationsmodellen även om D-BANQ var lätt att följa med ett kronologisk format. Det var en liten studie och D-BANQ ersatte inte SBAR.
2	Johnson et al., 2011, Australien	Developing a minimum data set for electronic nursing handover	Att undersöka kommunikationsmodellen NH-MDS.	Kvalitativ observationsstudie. Digitala inspelningar och anteckningar togs på överrapporteringen.	195 digitala inspelningar av överrapporteringar på tio olika sjukhusavdelningar	NH-MDS gav sjuksköterskan omfattande kunskap om patientens tillstånd samt information om patientens behov av vård. Författarna antog att modellen förbättrade patientsäkerheten genom att förstärka den existerande verbala överrapporteringen.

	Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod/ Intervention	Urval	Resultat
3	Kesten, K., 2011 USA	Role – play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students	Att se om didaktik med rollspel eller endast didaktik påverkar studentens kunskap om kommunikationsfärdigheter samt om det påverkar sjuksköterskan vid rollspel i en simuleringsövning.	Kvantitativ studie Experimentell kontrollerad randomiserad interventionsstudie samt observationsstudie med simuleringsövningar.	115 sjuksköterskor studenter	Alla studenterna visade ökade kommunikationsfärdigheter efter didaktisk utbildning i SBAR. Studenter som fick didaktisk utbildning samt rollspelsträning visade en signifikant förbättring ($p < 0,01$) i kommunikationsfärdigheter. Författarna antog att patientsäkerheten ökar med hjälp av dessa träningar
4	Marshall et al., 2009 Australien	The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication	Att se huruvida undervisningen i kommunikationsmodellen ISBAR, förbättrade innehåll och tydlighet i ett simulerat telefonsamtal i en klinisk telefonsituation mellan läkarstudenter.	Kvantitativ studie. Randomiserad interventionsstudie. Två grupper, en fick utbildning i ISBAR = filmvisning, rollspel, gruppdiskussion under 40 minuter, den andra inte. Grupperna delades in i 17 team med fem studenter i varje team En i varje team ringde upp en senior kollega och bad om hjälp och råd Samtalen spelades in Oberoende observatörer bedömde kvaliteten utifrån ett formulär gällande tydlighet och innehåll på 20 bestämda punkter. Gradering på en fem gradig skala	168 läkarstudenter studerades.	Jämförelsen visade signifikanta skillnader avseende kvaliteten på innehållet i kommunikationen ($p < 0,001$) och tydligheten i kommunikationen ($p < 0,001$). Författarna drog också slutsatsen att det gick att förbättra kommunikationen med utbildning även om den endast var på 40 minuter.

	Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod/ Intervention	Urval	Resultat
5	McMurray, A., 2010 Australien	Implementing bedside handover: strategies for change management	Att identifiera faktorer vid förändring från verbal och inspelad överrapportering till rapportering vid patientens säng med ett standardiserat protokoll (SOP)	Kvalitativ studie Semistrukturerade observationer. Djupgående intervjuer av sjuksköterskor. Observation- och intervjudata analyserades separat sedan i kombination med varandra för att generera i teman.	532 observationer på sex avdelningar på två sjukhus	Efter implementering tolkade författarna att SOP gav struktur i överrapporteringen. Sjuksköterskan lärde sig att lyssna när patienten flikade in något i rapporteringen. Missuppfattningar och spekulativ information uteslöts, vilket säkerställde att relevant information överrapporterades.
6	Payne et al., 2012, USA	Avoiding handover fumbles a controlled trial of a structured handover tool versus traditional handover methods	Att utvärdera en strukturerad webbaserad överrapporteringsmodell före och efter introduktion	Kvantitativ studie. Förstudie, där läkare tillfrågades angående den traditionella rapporteringen och angående införande av en ny webbaserad överrapporteringsmodell. svaren skattades enligt Lickert skala. Prospektiv kontrollerad studie, interventionsgrupp jämfördes med en kontrollgrupp	80 läkare före introduktion av den webbaserade överrapporteringsmodellen 161 läkare efter introduktion på tre stora sjukhus i Atlanta USA.	Efter införandet var 100 procent ifyllt gällande läkemedel och aktuella status till skillnad mot innan införandet då 11 procent ($p < 0,01$) respektive fem procent ($p < 0,01$) ifyllt. Genom användning av den strukturerade webbaserade överrapporteringsmodellen blev det en mer konsekvent överföring av patientinformation, förbättrat förtroende för läkarna och signifikant färre tillbud ($p < 0,0341$)

	Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod/ Intervention	Urval	Resultat
7	Randell et al., 2010 England	The ConStratO model of handover: a tool to support technology design and evaluation	Att presentera ConStratO modellen som en kommunikationsmodell för att utveckla, utvärdera och stödja överlämningen.	Kvalitativ studie. Observationsstudie. Data samlades in under en tvåårsperiod. Både sjuksköterskors och läkares överrapporteringar observerades. Intervju av sjuksköterskor och läkare om vilka eventuella störningar som kunde finnas med vid överlämningarna	836 timmar observerades över 96 dagar på fem olika sjukhus i England	Resultatet presenterade ConStrato modellen. Modellen vill ses beskrivande och fånga aspekter av sammanhang samtidigt som överlämningen sker i en kronologisk ordning som ger relevant information om patienten. Författarna presenterade modellen som ett kommunikationsverktyg som utvecklar, utvärdera och stödjer överlämningen.
8	Street et al., 2011 Australien	Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover	Att identifiera styrkor och begränsningar i traditionell överlämning vid skiftbyten mellan sjuksköterskor och införande av en ny överrapporteringsmodell SBAR för att förbättra patientsäkerheten.	Kvantitativ studie, i den första fasen gjordes en pilotstudie med sjuksköterskor som fick fylla i enkäter anonymt om den traditionella överlämningen. I andra fasen randomiserades patienter och sjuksköterskor fick efter införande av SBAR besvara enkäter om patientens delaktighet - som aktiv kontroll och kontroll av dokumentation. Svaren skattades enligt en 7 gradig Lickertskala	259 sjuksköterskor som arbetade tre skift på 18 vårdavdelningar, tio randomiserade patienter per avdelning och vecka under fem månader	I det preliminära resultatet ansåg författarna att införandet av SBAR förbättrade överlämningarna genom att patienterna involverades och att en kontroll utfördes av dokumentationen. Författarna ansåg också att det behövdes en långtidsutvärdering för att se om patientsäkerheten kommer att förbättras.

	Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod/ Intervention	Urval	Resultat
9	Thompson et al., 2011, Australien	Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital	Att värdera effekten av överlämningsmodellen ISBAR för AT läkare vid överlämning på ett Australiensiskt barnsjukhus	Kvantitativ metod Ljudinspelningar av jourtidsöverlämningarna före och efter utbildning Tid för överlämnande och relevans av information utifrån 19 nyckelkategorier bedömdes Studien kompletterades med två enkäter hur överlämningen upplevdes före och efter utbildning.	44 AT-läkare som utbildades i ISBAR. Jourtidsöverlämningar under en tre månads period.	Före utbildning i ISBAR tyckte 59 procent att en dålig överlämning påverkade förståelsen för patientens kliniska situation. AT-läkarnas upplevelse av ISBAR var att överlämningsstrukturen och innehåll förbättrades. De kände sig säkrare då de tog emot vid överlämningar och upplevde att patientvård och säkerhet förbättrades. Studien låg till grund för att introducera AT läkarna i utbildningen och att använda ISBAR som modell vid överlämningar.

Bilaga 1. Artikelsökning

Datum för sökning	Databas	Sökord/Limits	Antal träffar	Granskade	Använda artiklar
121017	Cinahl	Patient safety AND Handover Limits: Peer reviewed, research article, 2007-2012	39	6	Johnson, 2011 Randell, 2011 Street, 2011
121017	Cinahl	Communication AND Patient safety AND Handover Limits: Peer reviewed, research article, 2007-2012	21	4	(Johnson, 2011) (Randell, 2011)
121017	Pubmed	Communication AND patient safety AND handover Limits: 2007-2012, English	39	5	Adams, 2012 (Johnson, 2011) McMurray, 2010 Thompson, 2011
121017	Pubmed	Patient safety AND nursing AND handover Limits: 2007-2012, English	15	1	0
121017	Pubmed	Communication relations (MeSH-term) AND Patient Safety AND handover Limits: 2007-2012, English	13	3	(Adams, 2012) (Thompson, 2011)
121017	Pubmed	Communication interprofessional (MeSH-term) AND patient safety AND handover Limits: 2007-2012, English	14	3	(Adams, 2012) (Thompson, 2011)
121017	Pubmed	Interprofessional relations (MeSH-term) AND Communication Limits: 2007-2012, English	78	4	Kesten, 2011 Marshall, 2009
121017	Pubmed	Interprofessional relations (MeSH-term) AND patient safety AND handover Limits: 2007-2012, English	19	4	(Adams, 2012) (Johnson, 2011) (Thompson, 2011)
121017	Pubmed	Communication AND strategies AND handover Limits: 2007-2012, English	10	1	(McMurray, 2010)
121017	E-Biblioteket	Structured communication handover Limits: 2007-2012, English	35	6	(Johnson. 2011) (McMurray, 2010) Payne 2012 (Thompson, 2011)

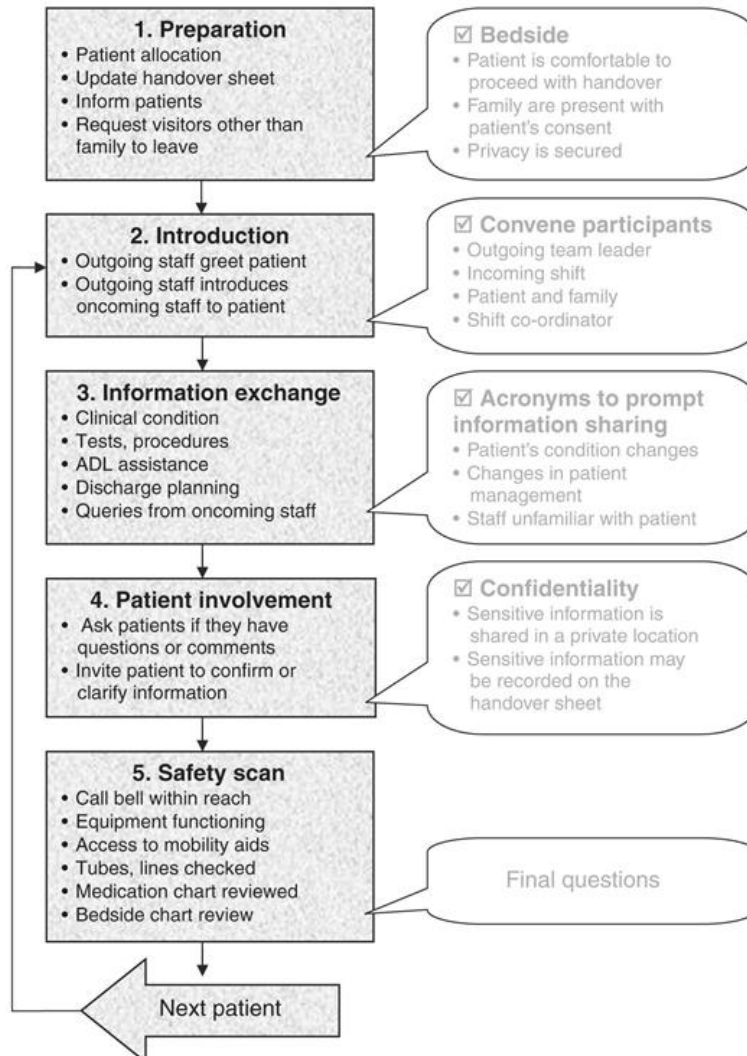
Bilaga 2 SBAR och ISBAR

SBAR – akut situation

<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p>
<p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p style="text-align: right;">Bedömning</p>	<p>Rapportera A: luftväg B: andning C: puls, blodtryck, saturation D: medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/ rum/person E: temperatur, hud, färg, buk, urinproduktion, yttre skador. Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p style="text-align: right;">Tidsram</p> <p style="text-align: right;">Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag: omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling. Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen? Finns fler frågor? Är vi överens?</p>

I	Identify- Identify self name, position, location and who you are talking to Identify patient name, age, sex, location		
S	Situation- State purpose "The reason I am calling is"		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">If urgent—say so</td> <td>eg "This is urgent because the patient is unstable with a BP of 90."</td> </tr> </table>	If urgent—say so	eg "This is urgent because the patient is unstable with a BP of 90."
If urgent—say so	eg "This is urgent because the patient is unstable with a BP of 90."		
B	Background- Tell the story current problem		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Relevant history Relevant examination Relevant test results Management</td> <td style="width: 50%;">If urgent: Relevant vital signs Current management</td> </tr> </table>	Relevant history Relevant examination Relevant test results Management	If urgent: Relevant vital signs Current management
Relevant history Relevant examination Relevant test results Management	If urgent: Relevant vital signs Current management		
A	Assessment- State what you think is going on		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">eg "So the patient is febrile and I can't find a source of infection"</td> <td style="width: 50%;">Urgent eg "The patient seems to be deteriorating, I think they may be bleeding"</td> </tr> </table>	eg "So the patient is febrile and I can't find a source of infection"	Urgent eg "The patient seems to be deteriorating, I think they may be bleeding"
eg "So the patient is febrile and I can't find a source of infection"	Urgent eg "The patient seems to be deteriorating, I think they may be bleeding"		
R	Request- State request		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">eg "I'd like your opinion on the most appropriate test"</td> <td style="width: 50%;">eg "I need help urgently, are you able to come?"</td> </tr> </table>	eg "I'd like your opinion on the most appropriate test"	eg "I need help urgently, are you able to come?"
eg "I'd like your opinion on the most appropriate test"	eg "I need help urgently, are you able to come?"		

Bilaga 3 SOP



Bilaga 4 The ConStratO model of handover

